

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 118

Travail de la Clinique du Professeur E. ROLLET

Le Tuberculome perforant de la Choroïde

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Février 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien DUISIT

Né le 4 Février 1906,

à LA GARENNE-D'EPINAC-LES-MINES (Saône-et-Loire)



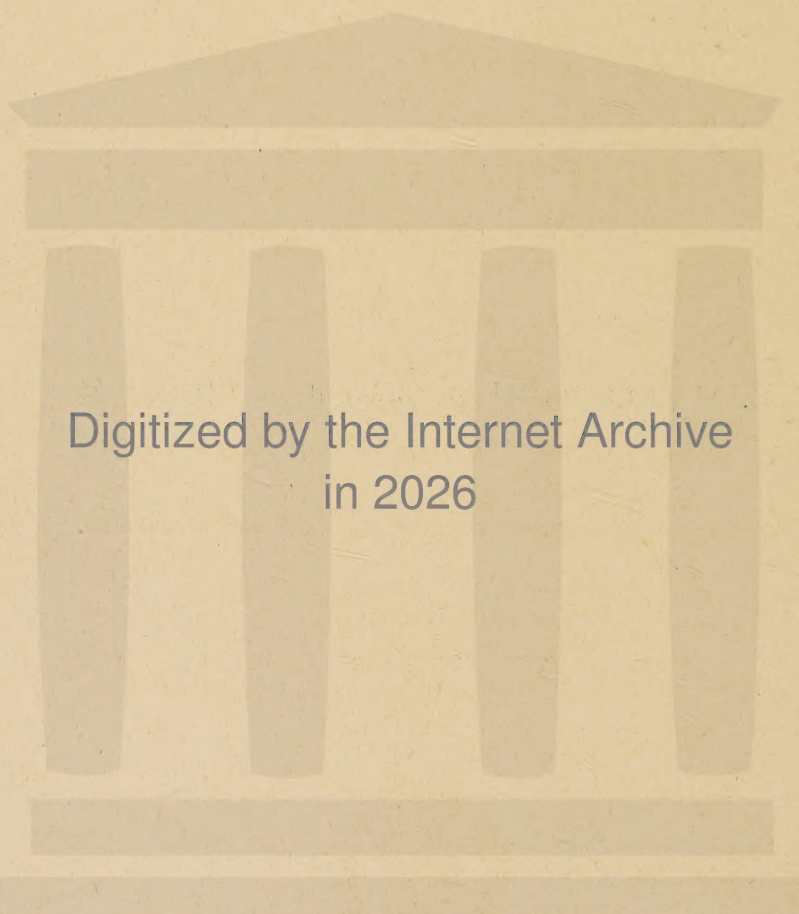
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1932

Le TUBERCULOME perforant de la CHOROIDE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 118

Travail de la Clinique du Professeur E. ROLLET

Le Tuberculome perforant de la Choroïde

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Février 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien DUISIT

Né le 4 Février 1906,

à LA GARENNE-D'EPINAC-LES-MINES (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	IATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (ieon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
MAZEL	DUFOUT	GATE	EPARVIER
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU Ch...
			REVOL Ch...



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président; A. CHALIER, assesseur;

GUILLEMINET et CIBERT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
Professeur de Clinique Ophthalmologique
à la Faculté de Lyon.
Officier de la Légion d'honneur

Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours réservé dans son service, et l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Il nous a inspiré le sujet et nous a guidé de ses précieux conseils dans sa rédaction.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

Le TUBERCULOME perforant de la CHOROÏDE

Avant-propos

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, un malade porteur d'un tuberculome perforant de la choroïde. Cette affection est intéressante à deux points de vue : d'abord parce qu'elle est rare (en compulsant un assez grand nombre de publications sur la question, nous n'avons pu en réunir que dix observations avec perforation dûment constatée), ensuite et conséquemment, en raison des multiples erreurs que son diagnostic peut faire commettre sur le vivant.

Notre Maître, M. le Professeur Rollet, nous a conseillé de faire de l'étude de cette affection le sujet de notre thèse. Avec sa coutumière bienveillance, il a guidé nos recherches et mis à notre disposition les ressources de sa riche bibliothèque où nous avons pu trouver les documents nécessaires à l'élaboration de ce travail. Il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses précieux conseils. Nous le prions de vouloir bien agréer ici l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

Nous n'oublions pas non plus le Docteur Jacques Rollet, chef de Clinique Ophtalmologique, qui nous a manifesté un grand intérêt et nous lui exprimons ici nos plus profonds remerciements.

*
**

Dans notre travail, nous envisagerons successivement, après un aperçu historique sur la question :

- I. — *L'anatomie pathologique.*
- II. — *L'étiologie et la pathogénie.*
- III. — *L'étude clinique.*
- IV. — *Le pronostic.*
- V. — *Le diagnostic.*
- VI. — *Le traitement.*

Nous formulerons enfin nos conclusions et nous les ferons suivre d'un index bibliographique.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La tuberculose oculaire paraît connue depuis fort longtemps. En 1707, Maître-Jan, dans une description malheureusement peu précise, semble relater un cas de tuberculose endo-oculaire. Saunders, en 1811, parle de fungus irien ; puis Demours, en 1818. Les descriptions de Lawrence (1830) et de Lincke (1834) se rapportent peut-être à des cas de nature tuberculeuse.

C'est à Guéneau de Mussy, en 1837, que l'on doit la première observation de tuberculose irienne et choroïdienne chez un granulique présentant par ailleurs des lésions d'ensemble du tractus uvéal. Dans une série de publications datant de 1834, 1839 et 1844, Mackenzie notait certains fungus hématodes du globe ressemblant à de véritables tumeurs mais ne se comportant pas comme tels. Il décrit en outre des tubercules scrofuleux de l'iris et de la choroïde chez des malades atteints de carie osseuse.

En 1855, De Jaeger, le premier, diagnostique à l'ophtalmoscope un cas de tuberculose choroïdienne.

Avec le microscope, Manz en fait la première description trois ans plus tard. La fréquence des granulations chorioretiniennes visibles à l'ophtalmoscope au cours de la méningite tuberculeuse est mentionnée vers 1862 par Bouchut, qui en fait d'ailleurs un signe de cette affection.

A la même époque, Frenckel et Galezowski confirment ces notions.

Parallèlement aux autres localisations tuberculeuses de l'organisme, celles de l'œil se sont donc peu à peu dégagées. Vers 1870, cette question semble intéresser particulièrement les ophtalmologistes et l'on voit publier quantité d'observations. Citons celles de Berthold (1871), Parinaud (1870), Manfredi (1876), Weiss (1877), Haab (1879), Poncet (1882), F. Lagrange (1893).

Des discussions s'ouvrent alors sur l'origine primitive ou secondaire de la tuberculose du tractus uvéal, discussions qui prirent fin avec les recherches physiologiques de Kuss et radiologiques de Rist et Maingot montrant qu'on peut considérer cette localisation tuberculeuse comme constamment **secondaire**.

Dans le groupe des lésions bacillaires de l'œil, Mackensie déjà avait entrevu le tuberculome, c'est-à-dire la forme tumeur.

« On trouve souvent, disait-il à ce propos, des tubercules scrofuleux semblables à ceux que l'on rencontre fréquemment dans le cerveau d'enfants morts d'hydrocéphalie ».

On reconnut de plus en plus, en effet, avec de Graefe, Haab, Burnett, la fréquence du pseudo-gliome tuberculeux et plus récemment, on peut citer les cas de Liebrecht, Ginsberg, Treacher Collins, Kunz, Emmanuel, Zur Nedden, Rochon-Duvignaud, Dupuy-Dutemps, etc.

Dans plusieurs observations de ces auteurs, le tuberculome choroïdien a constitué une lésion destructive presque toujours orientée vers la perforation de la sclérotique.

Panas et Rochon-Duvignaud l'ont classé sous le nom de tuberculome perforant, affection dont nous allons maintenant entreprendre l'étude.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Les tuberculomes de la choroïde étaient divisés autrefois en endophytes et exophytes; mais ces termes représentent évidemment les deux stades d'une seule affection, la lésion commençant toujours dans la choroïde. Classiquement, on voit sur la pièce anatomique un tubercule de la taille d'un pois ou d'une noisette environ, siégeant au niveau de l'équateur qui semble être son lieu d'élection, ou dans la partie postérieure du globe. La lésion envahit parfois la rétine sus-jacente ; celle-ci est presque toujours décollée en paraplue par des exsudats sous-rétiniens. On a même pu constater dans certains cas la destruction complète de la rétine avec envahissement de l'humeur vitrée. Cette éventualité qui est rare, se présente au maximum dans l'observation de Terrien que nous reproduisons. Il semble que c'est par l'intermédiaire des lésions rétiniennees que la papille optique est prise secondairement.

Très souvent, à côté de la masse principale, on voit à l'intérieur même de la membrane choroïdienne de petits tubercules qui, anatomiquement, représentent un mode spécial de propagation de la lésion.

Dans l'observation qui fait le sujet de notre thèse, le tuberculome n'affectait pas absolument l'apparence d'une tumeur bien limitée, mais bien plutôt de *nappes confluentes* de tissu pathologique, comme si la lésion, au lieu de réunir ces éléments en un volume géométrique, avait été aplatie, étirée et obligée de s'accroître en surface, de ramper sur les éléments qu'elle détruisait.

Histologiquement, on voit dans le tuberculome et constamment des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. La caséification, classiquement fréquente, n'est pas abondante dans notre cas.

Au point de vue évolution anatomique, le tuberculome évolue soit en avant vers le corps ciliaire, soit vers la sclérotique. On a vu précédemment que l'envahissement du vitré était rare.

Au point de vue de l'extension en avant, l'appareil suspenseur du cristallin reste intact en général ou est atteint d'un peu d'inflammation banale ainsi que l'iris comme chez notre malade ; mais la lésion qui semble respecter les fibres zonulaires envahit souvent les procès ciliaires et ceci explique l'iritis que l'on peut rencontrer dans les tuberculomes de la choroïde et qui constituerait un signe rare mais précieux pour différencier le tuberculome du gliome de la rétine.

Dans la majorité des cas, le tuberculome a tendance

à perforer le globe, perforation qui peut se faire en trois points d'élection :

1° En avant vers le limbe scléro-cornéen, mais ces tuberculomes perforants péricornéens ont pris naissance en arrière du corps ciliaire et se comportent comme des tuberculomes irido-ciliaires.

2° Dans la région de l'équateur au niveau des vasa vorticosa qui, anatomiquement et physiologiquement, sont une voie d'échappement de la lésion. C'est une perforation semblable que nous avons trouvée chez notre malade.

3° En arrière, autour du nerf optique, au pôle postérieur, où les orifices des vaisseaux et des nerfs ciliaires constituent autant de points faibles.

Il est à remarquer d'ailleurs ici que la perforation du tuberculome se fait le plus souvent « sur place » même si la tumeur rencontre des tissus résistants ; la membrane externe est d'abord entourée, infiltrée et progressivement détruite par le processus tuberculeux.

Le sarcome, au contraire, et Dollet l'a consigné dans sa thèse, se propage d'ordinaire au pôle postérieur qu'il perfore au niveau des points faibles, c'est-à-dire : les orifices vasculo-nerveux, les gaines du nerf optique, la lame criblée.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

Le tuberculome de la choroïde, perforant ou non, se voit, comme toutes les tuberculoses de l'œil d'ailleurs, surtout chez les sujets jeunes. Les chiffres extrêmes publiés sont de 1 et 42 ans. Dans nos dix observations de tuberculomes perforants, un seul malade dépassait 30 ans (observat. de Lagrange) ; la plus jeune était âgée de 2 ans 1/2 (observat. de Ginsberg). *L'âge moyen a été de 15 ans 1/2.*

Les deux sexes paraissent être inégalement touchés puisque sur dix cas de tuberculomes perforants, il y a sept garçons (70 %) et trois filles (30 %). Classiquement et pour ce qui concerne le tuberculome simple, la femme serait plus souvent atteinte que l'homme ; la statistique de Rollet et Colrat va à l'encontre de cette donnée. La question qui va se poser maintenant et qui a passionné de tout temps les cliniciens en soulevant d'interminables controverses est celle de l'ori-

gine primitive ou secondaire de la tuberculose de l'uvée et inclusivement, celle du tuberculome choroïdien.

En France, de Wecker en 1890, en Allemagne, Leber en 1891, en Autriche, Fuchs en 1892, admettent l'origine secondaire. En même temps, Parinaud prend position contre cette théorie et avec lui Poncet, Remy, Alexander, Dujardin, Mules, Secondi, Mac Hardy, Terson, Hirschberg, Salmesohn, Denti et Romboloti. Il semble bien aujourd'hui que l'origine secondaire soit surabondamment prouvée, exception faite pour les cas post-traumatiques de Rollet et Moreau, de Dor, de Wolff et de Haab. Il faut admettre, à l'heure actuelle, avec Kuss, que la tuberculose uvéale n'est que la conséquence d'un foyer profond, témoignant d'une infection acquise mais pouvant avoir passé inaperçu.

Les malades de nos dix observations étaient nettement des bacillaires et présentaient, avec des antécédents pour la plupart très chargés, des signes indubitables de tuberculose pulmonaire, osseuse ou ganglionnaire.

La notion de l'origine métastatique admise, comment va s'opérer l'ensemencement des membranes de l'œil ? Leber admit que la voie sanguine jouait un rôle prépondérant.

Nous verrons plus loin qu'une autre voie, la voie lymphatique a été mise en cause.

Il semble bien toutefois que la voie sanguine soit la plus fréquente et la plus logique à la suite des observations de Jousset et des expériences d'Henri Lagrange.

Quel va être maintenant le siège originel du tuberculome de la choroïde ? Nous ne pouvons avoir là-dessus que des notions peu précises, malgré les travaux déjà anciens de Busch, Connheim et Dinckler. On l'a vu se développer sur l'adventice des vaisseaux. Les examens microscopiques de Botteri et de Busch ont montré toujours l'infiltration de la paroi vasculaire depuis l'adventice jusqu'à la médiane sans lésions de la tunique interne. Ces faits sont troublants quand on considère que le tuberculome semble avoir une préférence spéciale pour les tissus les plus vasculaires, telle la couche chorio-capillaire.

Des auteurs, comme Margulies, ont prétendu que les éléments tuberculeux affectaient d'étroits rapports avec le système lymphatique de l'œil et ils donnaient comme preuve les engorgements fréquents préauriculaires sous-maxillaires et cervicaux qui accompagnent souvent les tubercules choroïdiens.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Nous prendrons l'exemple d'un tuberculome choroïdien, qui va évoluer vers la perforation de la sclérotique. Le mode de début peut être très variable.

La malade de l'observation V de Lagrange est amenée à la consultation pour une baisse progressive de la vision ayant abouti rapidement à l'amaurose.

Dans l'observation du Professeur Rollet, dans celles de Lagrange, Zur Nedden, Aurand, Manfredi, le malade consulte pour des phénomènes douloureux de l'œil atteint, dus vraisemblablement dans la plupart des cas à des poussées d'iritis banale de voisinage.

Enfin, un glaucome aigu peut ouvrir la scène.

Le malade de Dupuy-Dutemps présenta successivement ces trois symptômes; il accusa d'abord une diminution sensible de la vision du côté malade en rapport avec un décollement rétinien ; puis des douleurs survinrent deux jours après ; enfin, des phénomènes glaucomateux avec forte hypertension vinrent corser

le tableau clinique. Il semble bien toutefois que c'est au moment d'une diminution subite de la vue que l'on a le plus souvent l'occasion d'examiner le malade.

Ophtalmoscopiquement, le décollement rétinien qui se rencontre dans la majorité des cas, masque le début anatomique ; Leber, cependant, prétend avoir observé des tubercules isolés, rapidement confluent avant le stade de décollement de la rétine. En somme et presque toujours, on va se trouver à la période d'état en face d'un décollement de la rétine quelquefois total. Lorsque les milieux de l'œil sont transparents et qu'il n'existe pas de décollement, l'examen ophtalmoscopique est évidemment d'un grand secours. On observe alors une tumeur de grosseur très variable apparaissant au voisinage de la papille ou dans la région de la macula, à contours mal limités, de teinte blanc-jaunâtre ; à côté de la tumeur et plus profondément on voit de petites taches grisâtres qui sont autant de foyers tuberculeux. On soupçonnera donc que la lésion est de nature tuberculeuse quand elle est entourée de ces petites plaques grises dans la choroïde.

Quand l'exploration ophtalmoscopique est impossible du fait d'un décollement rétinien, il ne paraît pas exister de signe sûr pour différencier cliniquement le tuberculome choroïdien d'une autre tumeur intra-oculaire.

Curtil, dans sa thèse, a bien montré qu'il fallait ranger la lésion dans le cadre des pseudo-gliomes. Reste à envisager maintenant la question de la tension intra-

oculaire. Les pseudo-gliomes, pour Panas et Rochon-Duvignaud s'accompagnent le plus souvent d'hypotonie. Le tuberculome choroïdien peut faire exception à la règle. Déjà, Dupuy-Dutemps, à propos d'une observation publiée en 1903 sous le titre « Forme glaucomateuse de la tuberculose choroïdienne », avait insisté sur ce fait que le tuberculome, contrairement à l'opinion classique, peut évoluer avec les caractères d'un néoplasme intra-oculaire vrai : décollement rétinien et hypertension. L'observation du même auteur que nous rapportons dans notre thèse est assez significative ; la tumeur a un développement extrêmement rapide : décollement rétinien et phénomènes glaucomateux violents distendant la coque sclérale.

Ginsberg et Falchi ont publié des cas analogues. Gama Pinto a insisté sur les alternatives d'hyper et d'hypotonie dans le tuberculome choroïdien.

Pour ce qui nous concerne, dans nos dix observations, on a constaté cinq fois une tension oculaire élevée. Bref, la tension intra-oculaire ne peut pas fournir d'indications certaines au diagnostic.

Les poussées d'iritis sont fréquentes au cours de l'évolution du tuberculome choroïdien ; la lecture de nos dix observations le prouve bien ; nous avons vu que ces douleurs d'iritis pouvaient constituer un signe de début ; il s'agit soit de lésions spécifiques de l'iris propagées par contiguité, soit le plus souvent d'iritis de voisinage. On a voulu utiliser ce signe comme propre au tuberculome choroïdien ; il semble bien que l'on se soit trop avancé (Haab, Horner et Valude).

Evolution

Ce tuberculome une fois formé, ne rétrocedera pas, bien que Jessop ait vu dans un cas les lésions diminuer quelque peu. Il va se comporter comme une véritable tumeur, éroder, ronger la membrane sclérale et se faire jour à l'extérieur si une énucléation ne vient pas arrêter ses dégâts.

On peut envisager peut-être que cette effraction à travers la sclérotique est aidée dans certains cas par les phénomènes glaucomateux qui tendraient mécaniquement la membrane externe.

La perforation est d'ailleurs souvent précédée par une distension du globe, aboutissant à la production de bosselures. L'observation de Dupuy-Dutemps est à ce point de vue tout à fait intéressante.

Quelques auteurs, et Dupuy-Dutemps entre autres, ont insisté sur la rapidité avec laquelle la perforation sclérale pouvait se produire. On peut même dire avec eux que l'évolution du tuberculome chorôdien est plus rapide au moins dans certains cas que celle des autres tumeurs endo-oculaires. Nous savons déjà que cette perforation se fera le plus souvent à l'équateur, vers le point de sortie des veines vorticineuses. On peut voir à ce niveau apparaître des bosselures et il peut s'y former une collection sous-conjonctivale, un véritable abcès froid de voisinage, comme on l'a vu dans les deux observations que nous rapportons : celle de Terrien et celle d'Aurand. Plus tard enfin,

la conjonctive peut se rompre, mais cette éventualité est très rare, car l'énucléation est presque toujours faite avant ce stade.

Pronostic

Le pronostic du tuberculome perforant choroïdien est, comme on doit le prévoir, mauvais.

On a vu que la vision était perdue dans l'immense majorité des cas, ou tout au moins **considérablement** et irrémédiablement compromise, du fait le plus souvent d'un décollement rétinien. Quant au pronostic de l'organe, il est des plus sombres ; la conservation de l'œil sans vision, pour des raisons esthétiques, ne se justifie absolument pas en raison des dangers que présente un foyer tuberculeux ouvert à proximité des méninges, en raison également des fistules qui se créeront tôt ou tard et qui commanderont alors une thérapeutique radicale.

Le pronostic vital n'est pas meilleur. Le tuberculome perforant de la choroïde, processus secondaire, semble bien être l'indice d'une imprégnation tuberculeuse grave de l'organisme. Dans nos dix observations, quatre malades furent emportés rapidement ; les autres restèrent dans un état très précaire.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic du tuberculome choroïdien est très difficile, la plupart du temps impossible à poser d'une façon ferme. Si le malade ne présente cliniquement aucune tare bacillaire, le diagnostic ne sera porté qu'à l'examen anatomo-pathologique, après énucléation de l'œil atteint.

Ceci s'applique au tuberculome choroïdien perforant ou non. Cependant si, comme dans les observations de Terrien et d'Aurand, on constate des signes de tumeur endoculaire avec abcès sous-conjonctival chez un sujet notoirement bacillaire, le diagnostic de tuberculome perforant s'imposera, mais ces cas sont rares.

D'une façon générale, surtout s'il existe un facteur glaucomateux, le tuberculome sera confondu avec un gliome ou un sarcome. Nous avons vu à l'étude clinique qu'il n'y avait pas de signe certain et constant permettant de différencier le tuberculome des autres tumeurs. Classiquement, le diagnostic se fera avec :

a) LE GLIOME. — Le gliome ne se voyant exclusivement que chez les tout jeunes enfants, le diagnostic ne se posera bien entendu que dans le jeune âge. L'âge maximum du gliome varie d'ailleurs beaucoup avec les auteurs. Fejer donne 5 ans, Greef 6 ans, Terrien 10 ans, Glaser 15 ans. Mais les cas de Terrien et de Glaser sont absolument exceptionnels et on admet avec Rollet (Statistique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu in thèse Curtil) que l'âge maximum du gliome est de 7 ans. Cette statistique portait sur 25 cas de gliome.

Jusqu'à 2 ans les sujets présentent plus souvent des gliomes que des tuberculomes, mais au delà de cet âge, on possède bien peu d'éléments pour faire la différenciation.

Il est illusoire, nous l'avons vu déjà, de compter sur la tension oculaire. Car l'hypertonie est loin d'être exceptionnelle dans le tuberculome et d'autre part Devereux-Marshall ont vu la moitié des cas de gliomes observés par eux ne donner aucune modification tonométrique. Le double réseau vasculaire, difficile à interpréter, peut se voir dans les deux cas.

La rapidité de développement de la tumeur ne peut pas être non plus d'un grand appoint, car l'augmentation de volume peut être la même dans les deux affections.

L'iritis a été donné pendant longtemps comme pathognomonique du tuberculome, mais on ne saurait oublier que l'iritis manque assez souvent dans le tuberculome (Valude-Monthus) et que Rollet et Aurand

ont bien insisté sur les greffes iriennes du gliome ressemblant absolument à l'iritis tuberculeuse.

En somme, on se base surtout sur les antécédents du malade et on se souviendra qu'entre sept et vingt ans les probabilités tirées de l'âge sont en faveur de la tuberculose, car il est trop tard pour un gliome, trop tard pour un sarcome.

b) LE SARCOME CHOROIDIEN. — Ce diagnostic se posera au delà de vingt ans environ.

La teinte noire, s'il s'agit d'un mélanome, pourra mettre l'observateur dans la bonne voie.

Une place plus importante doit être faite ici à la tension intra-oculaire. L'hypertonie est beaucoup plus fréquente et plus considérable dans le sarcome que dans les autres tumeurs.

Il est également très intéressant de signaler que les phénomènes hypertensifs intra-oculaires qui accompagnent quelquefois le tuberculome, rétrocedent rarement même lorsque la perforation sclérale se produit, alors que le status glaucomateux du sarcome prend toujours fin, au moment où le néoplasme franchissant la membrane externe gagne l'orbite.

c) LE PSEUDOGLIOME. — Ici le diagnostic paraît moins difficile. Le pseudogliome non tuberculeux est dû, dans la plupart des cas, à une chorioretinite exsudative métastatique qui peut être d'origine chirurgicale (suppurations, interventions, etc...), médicale (grippe, broncho-pneumonie, etc...), ou obstétricale. La notion d'une infection récente, l'étude des antécé-

dents, et l'hyperthermie que le malade présente presque toujours, permettent le plus souvent de rapporter le pseudogliome à sa véritable cause.

d) LA GOMME SYPHILITIQUE. — Le diagnostic est très difficile, en l'absence d'antécédents. La gomme paraît cependant avoir une marche plus rapide et plus inflammatoire que le tuberculome, quoiqu'elle ne perfore la sclérotique que tardivement. Chez le malade qui fait le sujet de notre observation personnelle, on avait porté le diagnostic de gomme endoculaire, bien que les anamnestiques et le B.-W. fussent négatifs, en raison d'une suppuration froide du sternum et d'une tumeur osseuse d'un avant-bras faisant penser à des néoformations spécifiques.

On avait cependant bien songé à la possibilité d'un tuberculome puisqu'on avait pratiqué, vingt jours avant l'intervention, une ponction de la tumeur et l'inoculation au cobaye. D'ailleurs, dans l'état où étaient les choses, l'indication opératoire était la même dans les deux cas car, comme l'a mentionné Millet dans sa thèse, le traitement spécifique même intensif ne semble pas agir sur les gommages de l'œil, ce dernier étant en général irrémédiablement perdu.

e) LES MYCOSES. — Les tumeurs mycosiques résultent le plus souvent d'une inoculation directe. Elles peuvent être aussi le résultat d'une greffe d'un foyer à distance.

Il s'agit là d'affections extrêmement rares dont il ne faut pas tenir compte en pratique. Il fallait à peine y songer chez notre malade.

CHAPITRE VI

Traitement

Il est strictement chirurgical.

Le tuberculome perforant de la choroïde commande formellement l'énucléation, aussitôt le diagnostic posé (Rollet et Colrat).

Les seules contre-indications paraissent être représentées par l'existence d'une méningite ou d'une granulie caractérisées.

L'énucléation sera faite suivant la technique habituelle. Certains chirurgiens font suivre l'opération de cautérisation ignée.

L'énucléation simple n'a jamais donné d'accidents à Rollet et Colrat qui rejettent la cautérisation comme une manœuvre inutile et dangereuse.

« Dans les cas de tuberculomes choroïdiens ouverts en arrière et ayant inoculé les graisses orbitaires, il paraît suffisant, pour Rollet et Colrat, de se borner à l'ablation au bistouri ou aux ciseaux des lésions tu-

berculeuses persistantes et à la résection aussi haute que possible du nerf optique...

« Une telle conduite est calquée sur les méthodes actuelles de traitement des tuberculoses osseuses malignes des membres où l'amputation, dans les rares cas où elle est indiquée, se pratique au-dessus du foyer tuberculeux. »

On a accusé l'énucléation de provoquer une méningite tuberculeuse ou une granulie. C'est pourquoi de Lapersonne a été le farouche partisan de l'exentération ignée. Harold-Emanuel a publié treize cas de tuberculomes endo-oculaires terminés par la mort par méningite ou granulie après énucléation.

Cette question a une grosse importance, car s'il existait une relation entre l'énucléation et la mort, l'intervention devrait évidemment être défendue.

Pour Rollet et Colrat, la méningite ou la granulie dont sont morts les malades énucléés, reconnaissent pour cause, non pas leur bacillose uvéale, processus secondaire, mais bien le ou les foyers tuberculeux primitifs, quels qu'ils soient.

En fait, le nombre d'énucléations faites pour ce genre d'affections est très élevé et il n'existe malgré tout que très peu de décès par méningite ou granulie ; encore, ces décès survinrent toujours chez des malades très gravement atteints par ailleurs. Et il est à présumer que ces complications se seraient produites, même si l'énucléation n'avait pas eu lieu.

Les craintes de généralisation semblent donc injustifiées et l'énucléation suivant la technique classique est et restera, semble-t-il, la méthode de choix.

Observations

OBSERVATION I

(Personnelle)

(Recueillie dans le Service du Professeur ROLLET)

Tuberculome perforant de la choroïde

Le malade L... Ali, 29 ans, manœuvre, entre dans le Service du Professeur Rollet, le 15 août 1931, après avoir été à la consultation du Docteur Gaté. On l'envoie dans le Service, car il souffre de l'œil droit.

L'interrogatoire, difficile, ne révèle rien de précis.

Le malade nie la syphilis.

L'examen montre, au niveau de l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit, une tumeur indolore du volume d'une noix, mal limitée, paraissant faire corps avec le radius. On note une fistule ancienne au pied droit.

Le malade présente également, au niveau du manubrium sternal, une vaste surface sanieuse et purulente ressemblant à une suppuration froide et pouvant faire songer à une gomme du manubrium.

Le B.-W. est négatif (16 septembre 1931).

Les réflexes rotuliens et achilléens sont parfaitement normaux.

Examen pulmonaire négatif. L'examen du gland et du sillon balano-préputial ne permet de déceler aucune cicatrice de chancre.

Examen de l'œil : cornée trouble par œdème épithélial. Chambre intérieure aplatie. Iris en demi-myosis. Fond inéclairable. L'œil est dur. T. = + 2.

En faisant regarder le malade en haut et en dehors, on note dans la portion équatoriale de la sclérotique une tumeur irrégulière bosselant la conjonctive.

Le 30 septembre 1931, on pratique une ponction de la tumeur avec injection à la cuisse droite du cobaye.

Le 20 octobre, en raison des souffrances atroces endurées par le malade, le Docteur Paufigue pratique l'énucléation du globe.

Le 1^{er} novembre, l'injection au cobaye et l'examen microscopique de la tumeur permettent d'affirmer un processus tuberculeux.

Le Laboratoire a répondu (Docteur Colrat) :

1° A l'ouverture du globe, dont le pôle postérieur manque, *on remarque une masse pathologique qui a perforé la sclérotique et qui est venue proliférer à l'extérieur* (la perforation s'est faite à 9 ou 10 mm. du limbe).

2° La cornée est normale. La chambre antérieure est remplie par un exsudat hémorragique. L'iris ne présente qu'un peu d'inflammation banale. La choroïde a disparu de toutes parts et on ne la retrouve pas. A sa place on voit une nappe de tissu tuberculeux présentant environ quatre fois l'épaisseur de la choroïde normale. Les lésions commencent immédiatement en arrière du corps ciliaire qui ne présente qu'un peu d'inflammation banale.

Le processus pathologique est intimement appliqué contre la sclérotique sur toute l'étendue du globe oculaire et n'a que peu de tendance à envahir le vitré. En un point cependant, on trouve une grosse végétation, qui prolifère jusqu'au contact de la face postérieure du cristallin.

En un autre point, il y a une perforation de la sclérotique au travers de laquelle s'échappe une nappe de tissu

tuberculeux qui gagne l'extérieur de la sclérotique et se prolonge dans le tissu épiscéral, du côté de la cornée.

La rétine, décollée, nécrobiosée, flotte dans le vitré. Elle est remarquablement indemne de lésions tuberculeuses.

La portion papillaire et prépapillaire manque, le globe ayant été ouvert au cours de l'énucléation.

Le tissu pathologique est formé de cellules épithélioïdes et de nappes lymphocytaires.

Il existe en outre de très nombreuses cellules géantes du type Langhans. On ne constate que peu de caséification (à peine quelques zones peu étendues).

A l'intérieur de la sclérotique, en dehors de la perforation, on ne voit que quelques traînées de cellules lymphocytaires. Pas d'infiltration tuberculeuse.

Le 17 novembre 1931, le malade résorbe progressivement son hématome. On note une petite ulcération nécrotique de la peau de l'angle interne de l'orbite.

Le malade sort apparemment guéri.

OBSERVATION II (TERRIEN)

Tuberculome perforant de la choroïde

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, amené en mai 1912, à la consultation pour une affection oculaire datant de trois semaines. Œil rouge, mais ni douleur, ni baisse de la vision. A l'examen, on note à la partie supéro-externe, à quelques millimètres du limbe, une saillie grosse comme une noisette présentant vers la partie centrale une ulcération jaunâtre. Cette tumeur donne l'impression d'un abcès froid développé sous la conjonctive au-dessus du tissu épiscéral. Pupille irrégulière, adhérente. Fond

d'œil inéclairable. La nature tuberculeuse de la lésion est certaine car l'enfant, bien portant jusqu'à trois ans, fit à ce moment une pleurésie et une broncho-pneumonie dont il ne s'est pas remis. D'ailleurs, on constate une induration tuberculeuse du sommet droit et un abcès froid du creux poplité droit. L'inoculation dans la chambre antérieure et sous le péritoine d'un cobaye entraîna la mort de ce dernier trois semaines plus tard, avec des lésions de tuberculose généralisées et une tuberculose du tractus uvéal.

Malgré le traitement général et les instillations d'atropine, aucune amélioration. La tumeur continue à évoluer et la racine de l'iris est envahie par une masse tuberculeuse faisant saillie dans la chambre antérieure. La participation de la choroïde n'est pas douteuse et, en raison de l'évolution progressive de la tumeur et de la sclérectasie, on énuclée le globe. Suites opératoires normales.

A l'examen anatomique, l'œil augmenté de volume affecte une forme piriforme à grosse extrémité antérieure. La totalité de son contenu est occupée par une masse blanchâtre. La cornée est normale. La membrane irienne montre des vaisseaux congestionnés et une infiltration considérable. En arrière, modification importante de la choroïde à peu de distance du corps ciliaire. La choroïde disparaît presque complètement et est remplacée par un tissu inflammatoire qui se continue avec la masse tumorale. Celle-ci, située à la partie externe, occupe la presque totalité du globe. *En se développant au dehors elle a dissocié et rompu la coque sclérale*, formant là une saillie ulcérée qui donne l'explication de cette sorte d'abcès froid que l'on constatait à la partie supéro-externe au voisinage du limbe. En dedans, la tumeur atteint presque la paroi interne du globe dont elle n'est séparée que par le vitré refoulé, rétracté et envahi, lui aussi, par des nodules tuberculeux. La tumeur présente partout la structure du tuberculome.

Il s'agit, en résumé, d'un volumineux tubercule congloméré de la choroïde ayant débuté probablement dans la couche chorio-capillaire de la choroïde et ayant brisé la coque sclérale.

OBSERVATION III

(LAGRANGE)

Tuberculome perforant de la choroïde

Une enfant de 14 ans entre dans le service du Docteur Morax, en octobre 1917, pour une lésion de l'œil gauche datant de six semaines. A l'examen, l'œil droit est normal tandis que l'œil gauche, dont la vision est nulle, présente au niveau de la sclérotique une saillie circulaire de la dimension d'une pièce de un franc. Iris irrégulier, adhérant par sa face profonde au cristallin sur la cristalloïde antérieure. On perçoit quelques exsudats. Fond difficilement éclairable. Tension élevée. On peut percevoir au niveau de la région ciliaire, entre 10 et 11 heures, une masse saillante. Il est à noter que cette malade est soignée depuis deux ans pour mal de Pott et qu'elle présente des cicatrices cervicales d'adénite bacillaire. Son père est tuberculeux pulmonaire.

A l'examen anatomo-pathologique, il s'agit d'un tuberculome de la choroïde, situé à 4 mm. en arrière de l'ora serrata. Ce tuberculome est gros comme un pois et paraît bien circonscrit. En haut, il a comme limite la sclérotique et s'est surtout développé dans les espaces supra-choroïdiens. En arrière, il est relié à un deuxième tuberculome très petit, logé dans les espaces supra-choroïdiens et commençant à dissocier les lames sclérales. *La perforation sclérale* est, en effet, très limitée et comprise dans

une étendue qui va d'une distance de 2 mm. en arrière de l'ora serrata jusqu'au niveau de l'angle irido-cornéen. Au delà à ce niveau, la néoplasie s'est développée librement dans les espaces sous-conjonctivaux formant une saillie qui empiète en avant sur la cornée. Vers la partie interne ce tuberculome n'a pas franchi en arrière la vitrée choroïdienne, mais à la partie médiane vitrée et épithèle sont détruits, et la rétine est envahie sur une faible étendue. L'iris est intact, mais à la partie inférieure, du côté opposé au tuberculome, un follicule s'est développé vers sa base. Le canal de Schlemm est envahi par un gros amas lymphocytaire. Le corps vitré est normal ; *l'évolution du tuberculome étant en résumé franchement exophyte.*

OBSERVATION IV

(LAGRANGE)

Tuberculose de la choroïde ayant perforé la sclérotique

Un garçon, âgé de 33 ans, entre à Lariboisière en avril 1911, parce qu'il souffre depuis un mois de son œil droit. La vision de cet œil est très diminuée.

Examen : globe oculaire droit saillant. Conjonctive bulbaire injectée ; léger chémosis. La cornée transparente laisse voir la chambre antérieure effacée, un léger hyphéma, l'iris teinté est trouble avec de nombreuses synéchies postérieures et la pupille irrégulière. Au pourtour du limbe, sclérotique ectasique bombée. Fond d'œil inéclairable. Au point de vue général, céphalées persistantes et fièvre ectique. Antécédents héréditaires, collatéraux et personnels nettement bacillaires. Enucléation. Mort le 30 avril.

Examen anatomo-pathologique : il s'agit d'un tuberculome de la choroïde s'étendant du pourtour de la papille en haut à la région équatoriale supérieure. Cette néoplasie a franchi la vitrée sur toute son étendue, détruisant l'épithèle pigmenté et envahissant secondairement la rétine. La rétine et la choroïde sont aussi confondues et remplacées par du tissu tuberculeux jusque dans la région immédiatement postérieure à l'ora serrata et à sa hauteur la lésion a progressé vers le corps vitré qu'elle a gagné en suivant la face postérieure du ligament zonulaire. *La sclérotique a été perforée dans la région équatoriale supérieure et la masse tuberculeuse, après avoir formé un nodule exophyte volumineux, s'est propagée en suivant la face externe de la sclérotique jusqu'au niveau de l'épiscière*, décollant la conjonctive et s'arrêtant à la hauteur du limbe. Iris normal. Dans les parties qui ne sont pas en rapport avec le tuberculome, la choroïde est infiltrée dans toute son étendue, de même que le nerf optique, jusqu'en arrière de la lame criblée.

OBSERVATION V

(LAGRANGE)

Tuberculome perforant de la choroïde

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, qui entre à l'hôpital le 28 juillet 1915, pour une ophtalmie douloureuse de l'œil droit avec ectasie de la région sclérale. Le début remonte à 4 mois ; il s'est manifesté par la disparition de la vision ; depuis quelques semaines, l'affection a pris un caractère douloureux et la déformation locale s'est accusée.

A l'examen, le globe oculaire est augmenté de volume ;

la région sclérale est le siège d'une perforation recouverte par la conjonctive bulbaire qui constitue un amas caséeux. Chambre antérieure effacée. Iris atrophié. Reflet grisâtre de la rétine à l'examen ophtalmoscopique. Au point de vue général, on note quelques troubles de développement et des lésions cicatricielles ostéo-cutanées au poignet gauche. Enucléation le 29 juillet. Suites opératoires bonnes.

A l'examen anatomo-pathologique, *il s'agit d'un gros tuberculome de la choroïde à évolution exophyte ayant détruit la sclérotique sur une large étendue*, depuis l'insertion choroïdienne du muscle ciliaire jusqu'à l'ora serrata. A cette région sclérale détruite répond une hernie de la masse tuberculeuse qui est sous-conjonctivale en avant, tandis que de l'ora serrata, au voisinage du nerf optique, s'est constitué un gros staphylome scléral constitué par la sclérotique amincie. La néoplasie, dont le centre est en voie de caséification, paraît ici avoir surtout évolué dans les espaces supra-choroïdiens.

OBSERVATION VI

(ZUR NEDDEN)

Tuberculose perforante de la choroïde

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, chez lequel s'étaient développés, depuis cinq mois et demi, des phénomènes inflammatoires de l'œil qui était devenu staphylomateux. Injection ciliaire, dilatation pupillaire, aplatissement de la chambre antérieure, tension très élevée, reflet blanc jaunâtre à l'ophtalmoscope.

Zur Nedden, se basant sur un cas identique vu précédemment, fit le diagnostic de tumeur de nature tuberculeuse.

Il existait dans la choroïde, au voisinage du pôle postérieur, une masse tuberculeuse de 15 millimètres, contenant des cellules géantes et des B. K. Le nerf optique était envahi, la *sclérotique perforée par places*, la rétine décollée adhérait à la tumeur.

OBSERVATION VII

(DUPUY-DUTEMPS)

Tuberculose choroïdienne à forme glaucomateuse

Un jeune homme de 20 ans, sans antécédents notables, se présente en mars 1911, à la consultation de la Fondation Rothschild, pour un trouble de la vision de l'œil droit, datant de trois semaines. Il existe de ce côté un décollement de la rétine en haut et en dehors, sans tumeur apparente, sans altérations appréciables dans les parties visibles de la choroïde.

Acuité visuelle de 1/15° ; tension de l'œil normale.

La cause de ce décollement sur un œil qui n'était pas myope ne peut être déterminée. Deux jours après, légère poussée d'épisclérite sur l'œil atteint.

Le 15 avril, décollement peu modifié ; tension normale ; l'acuité reste à 1/15°.

Le 22 avril, on note une aggravation rapide des symptômes. Le décollement est total.

Le 2 mai, deux mois après le début de l'affection, on constate pour la première fois des phénomènes glaucomateux. L'œil est rouge, douloureux, la pupille est dilatée ; la chambre antérieure profonde. Forte hypertension. L'éclairage de contact ne montre pas d'opacité pouvant résulter de la présence d'une tumeur. Les douleurs violentes persistent.

Elles s'atténuent brusquement le 5 mai en même temps qu'apparaît une ectasie sclérale en bas et en dehors.

Le 8 mai, l'œil reste dur, augmenté de volume et l'ectasie de la sclérotique est plus accusée. Pupille très dilatée. L'iris, sans synéchies apparentes, a une teinte rouillée et paraît infiltré de sang. Ces symptômes et cette évolution font porter le diagnostic probable de tuberculose choroidienne.

A l'auscultation et à la percussion on note une induration des deux sommets qui s'accorde bien avec l'existence d'une localisation tuberculeuse choroidienne.

Le 10 mai, nouvelle crise violente d'hypertension. L'œil est devenu volumineux et complètement déformé.

Le 11 mai, énucléation. L'œil est mobile quoique adhèrent à la conjonctive et, par places, aux tissus rétro-oculaires. Les insertions musculaires sont déplacées par les bosselures de la sclérotique.

Suites opératoires normales. La tuberculose pulmonaire a dû avoir une évolution rapide car, deux mois après, le malade entrain d'urgence à l'hôpital pour hémoptysies graves. Il n'a pas été revu.

A l'examen anatomique, œil énorme, bosselé. L'œil, fixé et durci, est coupé longitudinalement. On constate un décollement total de la rétine. Entre la rétine et la choroïde on trouve un liquide albumineux. En arrière du décollement, au voisinage du pôle postérieur, existe une masse volumineuse de tissus inflammatoires à centre caséeux. Cette masse est un gros tubercule caractéristique. Le reste de la choroïde présente des lésions inflammatoires intenses allant en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la grosse néoplasie tuberculeuse. Elle est très épaisse et sa structure normale complètement bouleversée.

Des lésions aussi graves devaient retentir sur les membranes voisines et notamment sur la sclérotique qui, envahie en certaines parties par l'inflammation, a cédé à la pression en ces points, d'où la formation des bosselures constatées sur l'œil cliniquement et après l'énucléation.

Conjonctive bulbaire congestionnée et infiltrée. Cristallin normal. Filets zonulaires détruits. La rétine décolée est complètement bouleversée. La papille présente une excavation nette. Le nerf optique est infiltré.

OBSERVATION VIII

(GINSBERG)

Tuberculome perforant de la choroïde

Enfant de 2 ans 1/2. Otite bacillaire. Paralysie faciale d'un côté. Mort de méningite.

Examen ophtalmoscopique (2 février 1909) : un foyer au-dessus de la papille blanc, pigmenté. Deux autres plus petits au-dessous de la papille, gris blanchâtres, mal délimités. Extension des foyers de voisinage. Paralysie des adducteurs. Après trois mois d'observation, le sujet meurt.

L'autopsie montre de la bacillose disséminée, des tubercules de la base du crâne. *Le foyer supérieur de la choroïde avait fait irruption à travers la sclérotique.* Le centre de la tumeur était encapsulé par du tissu conjonctif dans le tissu caséeux : cellules épithélioïdes et cellules géantes. Les deux autres foyers n'avaient pas traversé la sclérotique mais ils étaient aussi entourés de tissu conjonctif et pigmentés, ce qu'on avait pu voir sur le vivant à cause des exsudats.

OBSERVATION IX

(AURAND)

Tuberculose de la choroïde ayant perforé la sclérotique

Il s'agit d'un tubercule congloméré de la choroïde chez un jeune homme de 22 ans qui, deux mois après une affection pulmonaire aiguë, présente une adénite cervicale suppurée et des phénomènes d'irido-choroïdite chronique. Peu à peu la vision se perd, l'œil s'enflamme, devient douloureux, augmente de volume et se perforé spontanément quatre mois plus tard vers la région équatoriale entre le droit supérieur et le droit externe avec formation d'un abcès froid sous-conjonctival en bouton de chemise.

L'œil énucléé révèle à la coupe la présence d'une volumineuse tumeur arrondie du volume d'une grosse noisette occupant la moitié supéro-externe du globe oculaire, ayant perforé la sclérotique. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un gros tubercule caséifié développé probablement dans la couche chorio-capillaire de la choroïde vers la région équatoriale supéro-externe.

OBSERVATION X

(MANFREDI)

Tuberculome perforant de la choroïde

Chez une jeune fille, qui présente tous les signes d'une irido-choroïdite aiguë et très grave, il se forme entre le bord interne de la cornée et l'équateur de l'œil une tumeur qui arrive rapidement au volume d'une noisette et

montre un point central jaunâtre qui fait admettre un abcès. L'énucléation est pratiquée avec guérison opératoire, mais la malade est emportée au bout de deux mois par les progrès d'une tuberculose pulmonaire rapide.

Manfredi a trouvé dans le globe énucléé un épaississement considérable de la choroïde dans son ensemble dû à des agglomérations de nodules tuberculeux bien caractérisés par leurs éléments microscopiques ; près de la papille une grosse plaque formée de masses caséeuses et de tubercules à divers stades. En avant la choroïde était généralement infiltrée de leucocytes outre l'existence de plusieurs masses caséeuses entre l'épithélium et la lame vitrée. La rétine, détachée, présentait en avant des masses caséeuses provenant de la choroïde. Le nerf optique est envahi par des noyaux tuberculeux. Quant à la tumeur scléroticale de la portion interne et un peu antérieure du globe, *elle se montrait formée d'une masse principalement caséuse claire au centre, grise à la périphérie, traversant les membranes oculaires avec lesquelles elle paraissait se confondre et percée d'un trajet fistuleux étroit faisant communiquer la cavité oculaire avec l'extérieur.* La choroïde paraît se continuer avec la masse caséuse au niveau du trajet fistuleux.

Conclusions

I. — Le tuberculome perforant de la choroïde est d'observation rare puisque nous n'avons pu en recueillir que dix observations, dont une dans le service du Professeur Rollet.

II. — Le tuberculome choroïdien se rencontre surtout chez le sujet jeune. L'âge moyen a été de 15 ans 1/2 dans nos divers cas.

Le sexe masculin paraît être le plus touché (70 % de garçons contre 30 % de filles).

III. — Au point de vue clinique, l'affection se traduit par un décollement rétinien accompagné tantôt d'hypertonie, tantôt d'hypotonie. L'iritis banale peut être associée. Plus tard on constate l'apparition de bosselures puis la perforation se produit.

IV. — Le diagnostic est toujours très difficile et on confond fréquemment le tuberculome avec une tumeur. L'étude des antécédents permet parfois de penser à la possibilité d'un tuberculome.

V. — Le pronostic est sombre au point de vue visuel. Le pronostic vital doit être réservé, le tuberculome choroïdien étant toujours le témoin d'une atteinte tuberculeuse de l'organisme.

VI. — Le traitement est strictement chirurgical et consiste dans l'énucléation simple du globe perforé avec résection aussi haute que possible du nerf optique.

Les contre-indications sont représentées par l'existence d'une méningite ou d'une granulie caractérisées.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, ETIENNE ROLLET.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 28 Janvier 1932

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIBONDELLE

Index bibliographique

- AURAND. — Tuberculose de la choroïde (*Revue générale d'Ophtalmologie*, 1906, p. 241).
- BENSON et EARL. — Tumeur tuberculeuse conglomérée de la choroïde (*Royal Academy of Medicine of Ireland*, 1902).
- BOTZAT. — Contribution à l'étude du tubercule solitaire de la choroïde (*Thèse de Paris*, 1912).
- BOTTERI. — Tuberculose de la choroïde (*Klin, Monatsbl.*, 1909, p. 491).
- BRAILEY. — A tuberculous mass growing from the optic nerve (*Opht. Soc. of Great Brit. and Ireland*, 1883).
- BUTLER. — Tuberculose uvéale (*Birmingham Medic. Review*, 1912, et *Revue Générale d'Ophtalmologie*, 1914).
- CARPENTER et STEPHENSON. — Tuberculose de la choroïde (*Société Française d'Ophtalm.*, 1906).
- CURTIL. — Le Pseudo-gliome de la rétine (*Thèse de Lyon*, 1910).
- DE BERARDINIS. — Tuberculosi bulbare cronica propagata al nervo ottico (Lavori della clinica ocul. *R. Univ. di Napoli*, 1898).
- DENTI et ROMBOLOTTI. — Contribution clinique, anatomique expérimentale à la tuberculose primitive du tractus uvéal (*Annali di Ottalmol.*, 1894, et *Congrès Intern. de Rome*, 1894).

- DERKAC. — Tumeur tuberculeuse de la choroïde (*Zeit. f. Augenh.*, 1924, pp. 212-233).
- DOLLET. — Les voies de sortie au pôle postérieur oculaire du mélanome choroïdien (*Thèse de Lyon*, 1921).
- DUPUY-DUTEMPS. — Tuberculose choroïdienne à forme glaucomateuse (*Bulletin de la Fondation-Rotschild*, 1911, p. 43).
- EMANUEL. — *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, 1902.
- GINSBERG. — Berl. Ophtalmologie Gessellschaft, octobre 1909 (*Deutsch Med. Woch.*).
- Chorioiditis exsudativa und mehrfach gestielte polypöse Granulationsgeschwulst der Aderhaut als pseudo-gliom (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk*, 1894).
- GRAEFE (Von). — Tuberculose de la choroïde (*Arch. für Opht.*, 1855).
- GREEFF. — La tuberculose de la choroïde (*Revue Générale d'Ophtalm.*, 1903).
- JESSOP. — Tubercle of the Choroïd (*Lancet*, 1883).
- KÜNZ. — *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, 1901.
- LAGRANGE. — Tuberculose du tractus uvéal (*Thèse de Paris*, 1927).
- LIEBRETCH. — Beiträge zur Kenntniss den Geschwülste des Uveal tractus (*V. Graef's Arch. f. Opht.*, 1890).
- MANFREDI. — Etude histologique et clinique sur un cas de tuberculose oculaire (*Annales d'Oculistique*, 1876, tome 76, p. 70).
- MANFREDI et COFLER. — Contribution à l'étude clinique et anatomique de la tuberculose oculaire (*Congrès d'Ophtalmologie de Milan*, 1880).
- MARPLE. — Tuberculose de la choroïde dans la ménin-gite tuberculeuse (*The Ophthalmoscope*, 1912).
- MILLET. — Etude clinique sur l'infiltration gommeuse syphilitique de l'œil (*Thèse de Lyon*, 1907).

- PANAS et ROCHON-DUVIGNAUD. — Recherche anatomique et clinique sur le glaucome et les néoplasmes intra-oculaires (Paris, 1898).
- POOLEY. — A Case of Conglomerate tubercle of the Choroid (*Medic. Record.*, 1909).
- ROLLET et COLRAT. — Tuberculose de l'œil et de ses annexes (Paris, 1927).
- RUMSZEWICZ. — Tuberculome de la choroïde (*Postemp. okulistyczny*, 1905).
- SAWFORD. — Tubercle of the choroid (*Opht. Review*, 1885, p. 248).
- SCAFFIDI. — Tuberculo. solit. der. oexchio (*Il policlinico*, t. X, p. 270).
- SCHUMWAY et DE SCHWEINITZ. — Conglomerate tubercle of the choroid (*Ophthalm. Record*, 1905).
- SGROSSO. — Deux observations de tuberculose chronique de la choroïde (*Arch. d'Ophtalm.*, 1901).
- SNELL. — Tuberculose de la choroïde (*Revue Générale d'Ophtalm.*, 1908).
- STEPHENSON. — Tuberculome de la choroïde (*Revue Gén. d'Opht.*, 1903).
- TATHAM-THOMPSON. — Tubercle of the choroid (*Roy. S. U. K.*, t. XVIII).
- TELOO. — Tubercule solitaire de la choroïde (*Revue Générale d'Opht.*, 1906).
- TERRIEN. — La tuberculose chorodienne (*Archiv. d'Ophtalm.*, 1912, p. 684).
- VALUDE. — Tubercule de la choroïde (*Société d'Ophtalm. de Paris*, 1906).
- YUNG. — Tuberculose choroïdienne (*Arch. für Opht.*, 1891).
- ZUR NEDDEN. — Beitrag zur Kenntniss der tuberculosen aderhautgesch wulst (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, octobre 1903).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	7
<i>Chapitre I^{er}.</i> — Historique	9
<i>Chapitre II.</i> — Anatomie pathologique	13
<i>Chapitre III.</i> — Etiologie et pathogénie	17
<i>Chapitre IV.</i> — Etude clinique	21
<i>Chapitre V.</i> — Diagnostic	27
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	31
Observations	33
Conclusions	47
Index bibliographique	49
